

# Cognitieve functiestoornissen bij veroudering en Alzheimer Dementie

Citation for published version (APA):

Jolles, J. (1991). Cognitieve functiestoornissen bij veroudering en Alzheimer Dementie: mogelijkheden voor differentiele diagnostiek. In *Diagnostiek, Therapie en Onderzoek in de Neuropsychiatrie* (pp. 57-65). Stichting Neuropsychiatrie Maastricht.

## Document status and date:

Published: 01/01/1991

## Document Version:

Publisher's PDF, also known as Version of record

## Please check the document version of this publication:

- A submitted manuscript is the version of the article upon submission and before peer-review. There can be important differences between the submitted version and the official published version of record. People interested in the research are advised to contact the author for the final version of the publication, or visit the DOI to the publisher's website.
- The final author version and the galley proof are versions of the publication after peer review.
- The final published version features the final layout of the paper including the volume, issue and page numbers.

[Link to publication](#)

## General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

If the publication is distributed under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license above, please follow below link for the End User Agreement:

[www.umlib.nl/taverne-license](http://www.umlib.nl/taverne-license)

## Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us at:

[repository@maastrichtuniversity.nl](mailto:repository@maastrichtuniversity.nl)

providing details and we will investigate your claim.

## COGNITIEVE FUNCTIESTOORNISSEN BIJ VEROUDERING EN ALZHEIMER DEMENTIE: MOGELIJKHEDEN VOOR DIFFERENTIELE DIAGNOSTIEK

J. Jolles

Bij het ouder worden ervaren veel mensen dat hun geheugen niet is wat het vroeger is geweest. Ook aandacht, het vermogen om complexe taken onder tijdsdruk uit te voeren en andere cognitieve functies nemen af. Een en ander heeft, gezien de toenemende vergrijzing, grote maatschappelijke implicaties en gevolgen voor de volksgezondheid door een verminderde kwaliteit van leven bij oudere mensen en door een verminderde arbeidsproductiviteit.

Een grote hoeveelheid financiële middelen moet voor de volksgezondheid worden ingezet. Klachten ten aanzien van geheugen en andere cognitieve functies zijn in dat verband veel belangrijker dan tot dusverre is aangenomen. Een aantal aspecten hiervan zal besproken worden aan de hand van wetenschappelijk onderzoek, dat in de laatste vijf jaar is uitgevoerd binnen de Maastrichtse Geheugenkliniek (MGK), een neuropsychiatrische gezondheids- en researchvoorziening die is ingebed in de afdeling Klinische Psychiatrie van het Academisch Ziekenhuis Maastricht en in de Rijksuniversiteit Limburg.

Neuropsychologisch onderzoek van Reyersen van Buuren et al. (submitted for publication: Psychology and Aging) heeft laten zien dat dysthyme patiënten in de tweede levenshelft, die zich op de Geheugenkliniek melden met cognitieve problemen, gekenmerkt zijn door objectieve stoornissen in geheugen en andere cognitieve functies. De gegevens duiden er op, dat de cognitieve dysfuncties wel eens primair zouden kunnen zijn en niet, zoals tot nu toe vaak is gesuggereerd, secundair aan de affectieve problematiek. Met andere woorden, de affectieve problemen zouden een uiting van een coping mechanisme kunnen zijn; een epifenomeen van de wijze waarop mensen met hun primair cognitieve stoornissen omgaan.

Reyersen van Buuren et al. (1990a, 1990b) en Commisaris et al. (zie aanhangsel) onderzochten ook mensen in de tweede levenshelft die door objectieve neuropsychologische problematiek gekenmerkt zijn. Het betreft een gecontroleerd vergelijkend onderzoek naar effecten van enerzijds gerichte geheugentraining en anderzijds een functiegerichte begeleiding (FGB). Dit laatste is een nieuwe interventiewijze waarin kortdurende behandeling wordt gericht op inzicht geven, voorlichting en compensatie- strategieën. Het bleek dat de FGB-behandelde patiënten significant beter in staat waren om te gaan met de dysfunctie. Dit uitte zich onder andere in lagere depressiescores na de behandeling. Functietraining als zodanig blijkt slechts een zeer specifieke functie in te slijpen, maar niet het gevoel van controle te bevorderen.

*"A program called Function Oriented Guidance is one of the interventions that is practiced for memory disturbed patients in the Maastricht Memory Clinic (The Netherlands). It is a short systematic program, based on four premises. It is holistic in nature, which implies that attention is not only given to memory and other*

*cognitive deficits, but also to adapting and coping abilities, especially in the situation at home. So far, 10 single-case studies have been carried out. All patients had memory complaints, but were different in terms of the nature of the memory disorder (e.g., problems with retrieving material from memory, with memory consolidation, with working memory span, with the efficiency of memory search processes). The preliminary results are indicative of a beneficial effect, in that patients with fairly mild cognitive deficits exhibit improved coping. This effect is based upon knowledge on "how memory works" and on (remaining) cognitive abilities".*  
(Reyersen van Buuren et al. 1999a)

Er zijn aanwijzingen dat er sprake is van een epidemie van angst voor geheugenveranderingen in verband met dementie, veeleer dan dat er sprake is van een epidemie van dementie. Verhey jr. et al. (1991) beschreven een nieuw syndroom: "vergeetfobie". Commissaris et al. (1990b) verkregen uit reacties op voorlichtingsavonden de informatie dat de angst voor geheugenstoornissen zeer groot is en dat de huisartsen vaak te kort blijken te schieten op het punt van voorlichting en ondersteuning.

*"Klachten over vergeetachtigheid komen, met name in de tweede levenshelft, bij zeer veel mensen voor. Bij de meesten is er, geen sprake van dementie, maar eerder van grote angst voor dementie. In onze geheugenpolikliniek maken deze patiënten zo'n 15% uit van het totale aantal. Velen van hen vinden het hoogst gênant te worden geconfronteerd met tekenen van vergeetachtigheid. Een aantal reageert met angst en vermijdingsreacties, zoals zich terugtrekken uit het sociale leven. Typische opmerkingen in zo'n geval zijn 'Ik houd mijn mond maar, dan kan ik ook niets dubbel zeggen' of: 'Ik laat mijn man (vrouw) het woord maar doen, dan merken ze tenminste niets aan mij.' Er vormt zich een vicieuze cirkel, doordat dit zwijgzaam en teruggetrokken gedrag door de omgeving wordt opgevat als teken van geestelijke achteruitgang: 'Vader wordt oud, hij is de laatste tijd een stuk stiller!'*

*De angst voor dementie, met name onder ouderen is naar onze mening vaak een neveneffect van de toenemende aandacht die er in de media wordt besteed aan dementie en de ziekte van Alzheimer. Terecht is men tegenwoordig steeds meer overtuigd van de noodzaak tot een vroege diagnose bij dementie. In voorlichtingscampagnes die gericht zijn op het tijdig herkennen van dementie wordt evenwel te vaak uitsluitend de nadruk gelegd op de vergeetachtigheid, waarmee wordt gesuggereerd dat een zwak geheugen pathognomonisch is voor dementie. In deze campagnes zou meer nadruk moeten worden gelegd op de verschillen tussen normale vergeetachtigheid en dementie: zo betreffen de cognitieve stoornissen bij dementie meer gebieden dan alleen het geheugen en bovendien moeten deze stoornissen leiden tot een duidelijke interferentie met het dagelijks leven. Als in het voorlichtingsmateriaal over dementie niet ook duidelijk wordt gemaakt wanneer er sprake is van dementie, kan dat gemakkelijk resulteren in wat in de Angelsaksische literatuur ook wel Alzheimer Anxiety Syndrome wordt genoemd. Een fobie voor vergeten zien wij als een van de belangrijkste symptomen van dit moderne syndroom."*  
(Verhey et al. 1991)

*"In de afgelopen jaren is de aandacht voor dementie en geheugenstoornissen bij overheid, wetenschappers en gezondheidsfunctionarissen snel toegenomen. Onduidelijk is echter of ook het publiek meer toegang heeft gekregen tot de toegenomen kennis*

op dit gebied. Veel mensen lijken zich namelijk zorgen te maken over hun afnemende geheugen en over de mogelijke dementie. Uit een analyse van kranteartikelen over een periode van drie jaar (maart 1987 - maart 1990), blijkt dat het aantal publicaties over het geheugen is afgenomen. Het aantal artikelen over dementie daarentegen is toegenomen van gemiddeld 11 per maand in het eerste jaar naar respectievelijk 25 en 28 in het tweede en derde jaar. In deze artikelen wordt de meeste aandacht besteed aan dementie-onderzoek en aan gezondheidsvoorzieningen voor dementiepatiënten. Het aantal artikelen over algemene aspecten van dementie is echter nagenoeg gelijk gebleven, hoewel deze in voorlichtende zin juist erg belangrijk zijn. De aandacht voor de zes onderscheiden thema's in de landelijke dagbladen is zeer scheef verdeeld. De thema's 'algemene aspecten van dementie', 'gezondheidsvoorzieningen' en 'dementie-onderzoek' scoren hier relatief hoog. Tenslotte blijkt dat dezelfde krantekoppen verschillende emotionele reacties en associaties kunnen oproepen bij een groep van beoordelaars. Uitgaande van deze gegevens pleiten de auteurs voor méér voorlichting op het gebied van geheugenstoornissen en dementie, alsook voor systematisch onderzoek naar de effecten van deze voorlichting".

(Commissaris et al. 1991).

Verhey jr. et al. (1989) stelden vast dat bij MGK-patiënten met idiopathische geheugenklachten, lichte gedeprimeerdheid relatief vaak voorkomt en veelvuldig tot een onjuiste diagnose leidt.

*"The results of this study show that the extensive approach as recommended by the NINCDS/ADRDA-working group leads to substantial changes in diagnostic outcome, compared to usual procedures in daily specialists practice. This study can be interpreted as a comparison of an implicit and monodisciplinary versus a - much more time consuming - explicit and multidisciplinary approach. In the sample, dementia was both under- and overdiagnosed. Underdiagnosis occurred in mildly demented AD cases and in patients with already known specific neurological disorders. In the latter group diagnosis of AD is by definition impossible but it is important to be aware of the presence of dementia syndrome because of therapeutic considerations. Overdiagnosis of dementia occurred in patients with only slight cognitive disturbances not leading to significant interference with usual daily activities as measured by the Blessed dementia scale and in cases where cognitive deficit was focal. In respect to etiology, AD was overdiagnosed, which was mainly due to incomplete checking of exclusion criteria. This was especially the case for cerebrovascular accidents as measured by Ilachinski's Score.*

*Discrepancies in diagnostic outcome can be attributed to the following factors: in the first place it is relevant whether a mono- or multidisciplinary model was adhered as the latter provides both neurological and psychiatric data that can be integrated. Secondly it is relevant whether or not neuropsychological examination was carried out to objectify a clinical impression, thus enabling a differentiation between complaints and disorders and between focal and global cognitive deficits. It is thirdly relevant whether or not in- and exclusion criteria were checked systematically in order to provide previously unknown and potentially relevant data. In this sample, most of the discrepancies pertain to the evaluation of clinical condition. Ancillary examinations were in most cases sufficiently carried out by referrers.*

*The results of this study show that the diagnosis of dementia and dementing diseases*

*essentially should be based on a multi-disciplinary and systematic model, with explicit definitions of used terms and taking into account all in- and exclusion criteria. It is to be expected that only patient groups selected by this approach will be sufficiently homogeneous for clinical research".*  
(Verhey et al. 1989).

*"Vele ouderen klagen over het geheugen. Een geheugenklacht hoeft niet op een stoornis van het geheugen te berusten, maar kan ook samenhangen met veroudering en/of andere psychologische processen, zoals angst voor dementie, piekeren, etc. In neuropsychologisch onderzoek kan worden vastgesteld wat niet goed functioneert aan het geheugen. Er blijken dan veelal problemen met de opslag van nieuw materiaal in het geheugen en met het opdiepen van materiaal uit het geheugen. Veelal blijken er ook problemen met secundaire geheugenprocessen, zoals aandacht en concentratie, snelheid van informatieverwerking, planning en manier van probleem oplossen. Er bestaat bij veel ouderen de angst dat de geheugenklachten behoren bij, of een voorbode zijn van een dementiesyndroom. In de Maastrichtse Geheugenkliniek (Academisch Ziekenhuis Maastricht) wordt uitgebreid onderzoek gedaan naar de aard, ernst en oorzaak van de cognitieve problemen. Voor die personen, waarbij geen sprake is van een vorm van dementie, maar bij wie wel klachten en objectiveerbare stoornissen zijn, is een praktisch programma ontwikkeld. Het programma Functie Gerichte Begeleiding (FGB) is gericht op het efficiënter en bewuster leren omgaan met het geheugen en de geheugenbeperkingen. Het programma bevat als onderdelen: voorlichting (wat is normale veroudering), psycho-educatie (hoe werkt het geheugen in het algemeen), praktijk (hoe kan je het best met de beperkingen omgaan) en oefening (trainen van bepaalde vaardigheden). In de eerste evaluatiestudie naar de effecten van Functie Gerichte Begeleiding, kwam o.a. naar voren dat velen zich minder zorgen maakten en gericht omgingen met de geheugenklachten. Momenteel vindt er een evaluatie-onderzoek plaats, waarin de effecten van FGB worden vergeleken met Geheugentraining. De doelstelling en werkwijze van FGB worden gepresenteerd, o.a. aan de hand van een casus. De nadruk ligt op verkregen inzichten, opgedane ervaringen en aanbevelingen voor de praktijk."*  
(Reyersen van Buuren et al. 1990b)

Uit onderzoek van Houx et al. (1990, 1991) bleek dat cognitieve vermindering bij het ouder worden veeleer afhankelijk is van subtiele aan de gezondheid gerelateerde factoren (de zgn. biological life events, BLE) dan van de kalenderleeftijd op zich. Deze gegevens suggereren dat de mate waarin men functiestoornissen c.q. functieverlies ervaart en daarop met verwerkingsstoornissen reageert, wel eens zeer belangrijk zou kunnen zijn.

*"Het is een gegeven dat vele cognitieve functies achteruitgaan met het ouder worden in het bijzonder na het zestigste jaar. Ouderen presteren slecht bij het verwerken van nieuwe informatie, het plannen van activiteiten en geheugentaken. Volgens de handboeken zou een verminderde prestatie op taken met betrekking tot actief herinneren al plaats vinden gedurende de middelbare leeftijd, terwijl passief herkennen van informatie pas minder wordt in het senium. Tot nu toe wordt aangenomen dat fysiologische (c.q. hersen-)veroudering debet is aan deze veranderingen met de leeftijd. Echter, in recent onderzoek zijn aanwijzingen*

verkregen dat andere functies veel grotere invloed kunnen hebben op de prestatieverandering dan de leeftijd als zodanig. Haxby liet als eerste zien dat oudere personen die een rigoureuze gezondheidscreening hebben ondergaan nauwelijks verschillen van jongere op tests voor visueel geheugen.

De bevindingen van Haxby zijn bevestigd in onderzoek van Houx en Jolles met rigoreus op gezondheid gescreende personen van 20 tot 80 jaar: er is veel minder leeftijd-gerelateerde prestatie-vermindering op tests voor auditief-verbaal geheugen, op diverse informatieverwerkingstaken en klinische tests. De onderzoeken van Haxby en van Houx en Jolles suggereren dat vrijwel alle tot nu toe gepubliceerd onderzoek naar cognitieve veroudering gebruik heeft gemaakt van personen die niet uitvoering genoeg zijn gescreend op gezondheid. De gangbare methode voor de selectie van proefpersonen voor cognitief verouderingsonderzoek behelst een interview waarin gevraagd wordt naar gezondheid. Volgens deze procedure worden alleen personen met een evidente lichamelijke en geestelijke ziekte eruit gehaald, als mede personen met klachten over cognitief functioneren al dan niet in relatie met een hersenfunctiestoornis.

Haxby, alsmede Houx en Jolles toonden aan dat er veel subtiele factoren zijn waarvan de invloed op het cognitief functioneren tot nu toe onbewezen, onbekend of controversieel is, en die, gezien het effect van rigoureuze gezondheidscreening, een belangrijker invloed hebben dan de fysiologische verouderings als zodanig. In het genoemd onderzoek bleek ook dat factoren die in een ver verleden aanwezig waren geweest zonder cognitieve effecten of resteffecten relevant waren. Het ging bijvoorbeeld om zeer lichte schedelhersentrauma's in de jeugd of over werkzaamheden in de chemische industrie. Houx, Vreeling en Jolles gebruikten in hun onderzoek personen die volgens algemene maatstaven in het verouderingsonderzoek als volledig gezond te beschouwen zijn. Aangezien er met een rigoureuze gezondheidscreening bleek dat er binnen deze groep van gezonde personen toch een subgroep gekenmerkt kon worden door aanwezigheid van lichte potentieel de gezondheid bedreigende factoren, stelden de auteurs voor om met betrekking tot deze factoren te spreken van 'Biological Life Events' (BLE). De hypothese is gesteld dat deze BLE mogelijk een determinant of risicofactor voor versnelde cognitieve veroudering zouden kunnen zijn. Per definitie zijn BLE factoren waarvan bekend is dat zij het optimaal hersenfunctioneren kunnen verminderen, anders dan ernstiger condities zoals hersentrauma, een psychiatrische ziekte met cognitieve stoornissen, of dementie. Momenteel bestaat nog geen consensus over deze factoren. Voorbeelden van BLE zijn: (herhaald) zeer licht hersentrauma, enkele malen een kortere operatie onder algehele anaesthesie, of intoxicatie.

In het voorliggend rapport worden enkele van de meest centrale bevindingen in het betreffende onderzoek beschreven en wel op een subpopulatie van 112 personen uit het gehele onderzoek dat bestond uit 247 personen (150 volledig gezond en 97 met BLE). Centrale hypothese was dat er weinig of geen geheugenachteruitgang zou zijn in successievelijk leeftijdsgroepen van 20 tot 80 jaar, die niet gekarakteriseerd zijn door een BLE. Bovendien werd verondersteld dat de gemiddelde prestatie minder is bij personen bij wie er wél sprake was van BLE, en dat deze prestatievermindering geprononceerder wordt in oudere leeftijdsgroepen. Deze hypothesen staan haaks op de gangbare opvatting dat geheugenvermindering met het ouder worden een normale en onvermijdbare metgezel is van ouderdom.

*De gegevens van de 112 proefpersonen worden gepresenteerd; deze waren verdeeld in 7 aparte leeftijdsgroepen met een leeftijd van 20 tot en met 80 jaar. Binnen elke groep waren de proefpersonen gebalanceerd voor sexe en opleidingsniveau. Een grondige screening voor BLE vond plaats zowel voorafgaand aan als gedurende het werkelijke onderzoek.*

*Er blijkt een zeer klein, maar systematisch cross-sectioneel effect te zijn van toenemende leeftijd in bijna alle aspecten van geheugen die werden bestudeerd in de proefpersonen die vrij waren van BLE. Een belangrijke uitzondering is de maximale prestatie na herhaalde aanbieding. Wanneer gezonde ouderen tijd krijgen om door herhalen te oefenen, dan presteren ouderen bijna net zo goed als jongvolwassenen. Deze gegevens zijn strijdig met de opvatting dat er een homogene achteruitgang van cognitieve prestatie is in de hele oudere populatie. Alle leeftijd-gerelateerde prestatieverminderingen waren substantieel groter in BLE-leeftijdsgroepen. Echter, dit groeueffect van BLE was al zichtbaar in de jongere proefpersonen, soms al op het 20e of het 30e jaar. De interactie tussen de effecten van leeftijd en BLE was niet beperkt tot geheugenfuncties. Interferentiegevoeligheid vertoonde een soortgelijk patroon, net zoals verschillende andere aspecten van cognitief functioneren. Het fundamenteel wetenschappelijk belang van dit onderzoek betreft een nieuw inzicht in de gerontologie: processen, tot nu toe toegeschreven aan puur fysiologische veroudering, blijken veeleer toe te schrijven te zijn aan gezondheid-gerelateerde factoren. Dit zou een sterk argument zijn voor de zogenaamde 'new gerontology', zoals geformuleerd in het kader van het EURAGE programma. Dit stelt dat afname van menselijke functie met de leeftijd ten onrechte als wetmatigheid wordt gezien. Tot nu toe zijn aanwijzingen hiervoor gevonden met betrekking tot lichamelijke functies (zoals immuunrespons), echter nooit met betrekking tot psychologische processen. Een tweede fundamenteel wetenschappelijk belang heeft te maken met het feit dat factoren die tot nu toe werden gezien als 'onbelangrijk' of 'zeer lich' toch een invloed hebben op cognitieve functies. Indien prestatievermindering inderdaad -mede- tot stand komt door al dan niet omgevingsbepaalde gezondheidsfactoren, zal veel tot dusverre gepubliceerd verouderingsonderzoek moeten worden herbezien, aangezien onvoldoende rekening is gehouden met die andere factoren. Voorts zouden de onderzochte factoren een risicofactor voor versnelde cognitieve veroudering kunnen blijken te zijn. Wanneer verwachtingen ten aanzien van de interactie tussen de determinanten en veroudering worden bevestigd, heeft dit ook implicaties voor de preventie van cognitieve achteruitgang. Leefwijze en medische behandeling van veel individuen in een normale populatie zou waar mogelijk op een aantal punten drastisch moeten worden herzien, vooral wanneer zij 'uit de risicogroep' willen blijven. Tedenken valt daarbij aan alcoholgebruik, arbeidsomstandigheden, veiligheid in sport en verkeer, medicijn gebruik en anaesthesiebeleid".*

*(Houx et al. 1990).*

*"Eighty subjects participated in a study with five groups (20, 30, 40, 50 and 60 years). Forty subjects showed evidence of factors related to brain dysfunction (risk factors). Their performance on a Sternberg-type memory scanning process was assessed. Age-related slowing of virtually all aspects of the memory scanning process was observed in the healthy group. However, the effect of the presence of risk factors was larger than that of biological age. The results of the present study make a reasonable case*

*for the view that many age effects reported in the literatur can be largely explained by suboptimal brainfunction, i.e., by other factors than aging per se."*  
(Houx et al. 1991)

Het belang van het totale onderzoeksprogramma in Maastricht naar veroudering van hersenen en gedrag, c.q. neuropsychiatrie van de veroudering is dat een complexe samenhang van biologische, psychologische en sociale verschijnselen uiteen wordt gerafeld, zodat gezondheidsproblemen beter benaderbaar worden in de zin van preventie en behandeling, begeleiding en zorg (Jolles, 1991). Centraal staat in ieder geval de vaststelling dat biologisch bepaalde cognitieve stoornissen zeer belangrijk zijn en ten grondslag kunnen liggen aan psychologische en sociale verstoringen.

*"Het is de verwachting dat subtiële gezondheid gerelateerde factoren een belangrijker rol zullen blijken te spelen in het cognitief functioneren van ouderen dan de chronologische leeftijd per se. Ook arbeidverleden is wellicht een relevanter factor dan tot nu toe werd verwacht. Betoogd wordt, dat meer aandacht gegeven moet worden aan - individuele patronen in - cognitief functioneren van ouderen, mede ter preventie van geestelijke achteruitgang op nog latere leeftijd. Zowel de oudereneducatie als de informatie- en andere technologie dienen meer afgetstemd te worden op de cognitieve functies, mogelijkheden en wensen van ouderen."*  
(Jolles 1991)

#### Aanhangsel

*Effectiviteit van Functie Gerichte Begeleiding: resultaten van een experimentele vorm van psycho-educatie voor mensen met geheugenstoornissen.*

C.J.A.M. Commissaris, E.J. Reyersen van Buuren, J. Jolles

*(Publicatie in voorbereiding)*

In de Maastrichtse Geheugenkliniek is een programma ontwikkeld: Functie Gerichte Begeleiding genaamd, dat zich richt op patiënten met lichte geheugenstoornissen en milde objectiveerbare cognitieve functiestoornissen (planningsproblemen, concentratie- en aandachtsmoeilijkheden). Het programma is een neuropsychologisch rehabilitatieprogramma, grotendeels gebaseerd op psycho-educatie in de vorm van individuele voorlichting. Het heeft als algemene doelstelling: patiënten met geheugen- en andere cognitieve stoornissen een zo volwaardig mogelijk leven te geven ondanks hun cognitieve beperkingen. Het programma is met name gericht op aanpassings- en copingvaardigheden om de patiënt op een gerichte en efficiënte wijze te leren omgaan met de cognitieve beperkingen én resterende mogelijkheden in het dagelijks leven (Reyersen van Buuren et al. 1990). Mensen met (beginnende) dementie komen hiervoor niet in aanmerking, men moet namelijk wel nog een leervermogen hebben (in- en exclusiecriteria).

Om de effecten van dit experimentele programma te kunnen meten is, behalve een voor- en nameting, gebruik gemaakt van een controlegroep. Deze controlegroep krijgt een Functie Training, die met name gericht is op hertrainen en inslijpen van leer- en geheugenfuncties. Er wordt geen inzicht en informatie gegeven over de eigen functiestoornissen. Bij het vergelijken van de beide programma's is een matched-pairs



design gebruikt. Om een en ander te kunnen meten, is gebruik gemaakt van een kennisvragenlijst, vragenlijsten om sociale en emotionele variabelen te meten en neuropsychologische tests en -vragenlijsten.

Beide programma's vinden plaats op de Maastrichtse Geheugenkliniek en worden uitgevoerd door een neuropsycholoog. Het is een psychologisch behandelprogramma, waarbij individuele en algemene voorlichting een centrale plaats innemen. Om iemand te leren omgaan met zijn of haar geheugenklachten is kennis vereist over hoe een en ander werkt en in elkaar zit. Als men weet wat er aan de hand is en kennis bezit over wat normale veroudering is en wat niet, zou dit kunnen leiden tot angstreductie. Deze angstvermindering is een tweede belangrijke doelstelling van het FGB-programma. De praktische adviezen die men krijgt zijn individuele adviezen, gebaseerd op iemands eigen gestoorde en ongestoorde functies. Kennis is nodig om te weten waar die adviezen voor nodig zijn en welke resultaten dit kan opleveren voor de situatie in het dagelijks leven. Patiënten uit de FGB-groep krijgen tijdens de tweede sessie een brochure over de werking van het geheugen. De brochure dient ter ondersteuning van de mondelinge kennisoverdracht. In de brochure komen onder andere de volgende onderwerpen aan de orde; Wat is geheugen? Wat is wél en géén normale veroudering? Wat voor soort geheugenstoornissen zijn er? Hoe kun je die stoornissen herkennen? Is er iets aan te doen? Hoe kun je met die klachten en stoornissen omgaan in het dagelijks leven? Een belangrijke vraag hierbij is of een brochure een effectieve voorlichtingsmethodiek is voor mensen met geheugenstoornissen.

Het uitgangspunt voor de interventie is een gedegen neuropsychiatrische en -psychologische diagnostiek. Dit is het grote verschil met de populaire geheugentrainingen en -cursussen. Het is namelijk essentieel om vast te stellen met welk ziektebeeld men te maken heeft, alsmede dat men ook zicht moet hebben op de functies en vaardigheden die gestoord danwel ongestoord zijn aangezien de doelen en technieken in het FGB-programma hierop worden afgesteld.

De Functie Training (FT) richt zich met name op het oefenen, hertrainen en inslijpen van leer- en geheugenfuncties en het gebruiken van strategieën en ezelsbruggetjes. Vergelijkbare programma's voor ouderen met geheugenklachten zijn in de literatuur beschreven.

In de FT wordt in tegenstelling tot de FGB geen informatie verschaft over de werking van het geheugen en iemands gestoorde en ongestoorde functies.

De hypothese is dat mensen na FGB beter zullen scoren op de kennisvragenlijst en sociale en emotionele variabelen (angst, depressie, bezorgdheid, e.d.) en dat de FT-groep met name beter zal presteren op de neuropsychologische parameters. Aan het onderzoek hebben twee groepen van elk twaalf patiënten deelgenomen.

## Literatuur

Commissaris CJAM, Reyers van Buuren EJ, Jolles J, Visser APH. Voorlichting over geheugenstoornissen. Verouderingskaternen (13), RL, Maastricht, 1990a, pp 70 - 76.

- Commissaris CJAM. Problemen en behoeften van partners van dementie patiënten. In Ouderenzorg Limburg, Thesis Publishers Amsterdam, 1990b, o.r.v. Crebolder HFJM, Visser APH, pp 160 -167.
- Commissaris CJAM, Jolles J, Visser APH. "Dementie" en "Geheugen" in de dag- en weekbladpers: een analyse van krantenknipsels over de periode 1987 - 1990. Tijdschrift Geront. Geriat., 1991, pp 21 - 27.
- Houx PJ, Vreeling FW, Jolles J. Cognitieve veroudering wordt meer beïnvloed door "biological life events" dan door fysiologische veroudering. In: Knipscheer CPM, Michels JJM, Ribbe MW (eds). Ouder Worden nu 1990. Almere: Versluys, pp 270 - 278.
- Houx PJ, Vreeling FW, Jolles J. Rigorous health screening reduces age effect on memory scanning task. Brain and Cognition, 1991, 15, 246 - 260.
- Jolles J. Normale en abnormale cognitieve veroudering en de differentiatie van dementie en depressie. COBO-bulletin, 1990, 23: 18 - 25.
- Jolles J. Mogelijke ontwikkelingen in gerontologie en geriatrie gezien vanuit cognitieve invalshoek. Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie, 1991; 22: 89 - 91.
- Reyersen van Buuren EJ, Jolles J. Function oriented guidance as a form of neuropsychological rehabilitation for memory disturbed patients. In: Rehabilitation of the Brain Injured; a neuropsychological perspective. Vakil E, Hoofien D, Groswasser Z (eds). Freund Publishing House Ltd, London. 1990a, pp 87 - 103.
- Reyersen van Buuren EJ, Jolles J. Functie-gerichte begeleiding van ouderen met geheugenstoornissen. In: Ouderenzorg Limburg, Thesis Publishers Amsterdam, 1990b, o.r.v. Crebolder HFJM, Visser APH, pp 168 - 174.
- Verhey FRJ, Jolles J. Over de spraakverwarring rond het begrip dementie en de ziekte van Alzheimer. Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie (1988); 19: 89 - 96.
- Verhey FRJ, Vreeling FW, Jolles J. DSMr-III and NINCDS-ADRDA criteria for dementia and Alzheimer's Disease Impact of diagnostic procedures on daily praxis. In: Wurthman RJ, Corkin S, Growdon JH, Ritter-Walker E (eds), Alzheimer's disease; Advances in basic research and therapies (Proceedings of the Fifth Meeting of the International Study Group on the Pharmacology of Memory Disorders Associated with Aging. Zürich, Switzerland, January 20-22). Cambridge (MA): Center for Brain Sciences and Metabolism Charitable Trust. (1989), pp 419 - 423.
- Verhey FRJ, Ponds RWHM, Jolles J, Van der Lugt PJM. Een nieuw psychogeriatrisch syndroom. Medisch Contact (1991), vol 46, no 18, pp 575 - 576.